Défis et possibilités

L'intégration communautaire des personnes mentalement handicapées

Ontario
Ministère des Services sociaux et communautaires

L'honorable John Sweeney
Ministre

89-04403/

Ontario

Le Premier ministre
de l'Ontario

Hôtel du gouvernement
Queen's Park
Toronto, Ontario
M7A 1A1

Mai 1987

Chers amis,

C'est avec grand plaisir que j'offre mes encouragements et mon appui aux parents des personnes mentalement handicapées en Ontario. Par ailleurs, il me tient à coeur de souligner le travail que le personnel du ministère des Services sociaux et communautaires a accompli ces quatorze dernières années en vue de réaliser l'intégration communautaire.

Avec la parution du présent document, Défis et possibilités : L'intégration communautaire des personnes mentalement handicapées, je me réjouis de ce que l'on profitera des acquis déjà solides pour donner plus d'ampleur aux programmes et les améliorer. Le grand nombre de personnes auxquelles s'adressent les services prévus au plan pluriannuel témoigne du fait que le gouvernement s'applique à remplir la promesse d'une vie communautaire authentique pour tous les résidents de l'Ontario.

Veuillez agréer mes salutations les plus sincères.

David Peterson

Ontario

International Year of Shelter for the Homeless
1987
Année internationale du logement des sans-abri

Office of the Minister
Bureau du Ministre

Ministry of Community and Social Services
Ministère des Services sociaux et communautaires

Hepburn Block
Queen's Park
Toronto, Ontario
M7A 1E9
416/965-2341

Édifice Hepburn
Queen's Park
Toronto (Ontario)
M7A 1E9
416/965-2341

Mai 1987

Chers amis,

Je suis très heureux de rendre public le document intitulé "Défis et possibilités : L'intégration communautaire des personnes mentalement handicapées".

Pour l'élaboration de ce plan pluriannuel, le personnel du ministère et moi-même nous sommes inspirés des conseils et des idées de centaines de consommateurs, de pourvoyeurs de services et d'autres particuliers et groupes intéressés.

Cependant, l'élaboration du plan ne constitue pas une fin en soi. Elle marque le début d'un processus qui exigera la pleine participation de tous ceux qui travaillent auprès des personnes mentalement handicapées en Ontario. Grâce à cette collaboration, tous les Ontariens auront la possibilité de participer à la vie de la société.

Ce document tente de tirer parti de l'impulsion que nous observons tous dans nos collectivités. Le gouvernement de l'Ontario fera tout ce qui est en son pouvoir pour appuyer et promouvoir l'objectif de l'intégration communautaire. C'est avec beaucoup d'enthousiasme que nous envisageons des réalisations de plus en plus remarquables au cours des sept prochaines années.

Recevez, chers amis, mes meilleures salutations.

Le ministre,

John Sweeney

Table des matières

I. Introduction 3

II. Historique 4

III. Examen des répercussions 9

IV. Préparer l'avenir 12

V. Objectifs stratégiques du plan septennal 14

VI. Orientations nouvelles pour les services 15

VII. Mesures intéressant les établissements et les maisons de soins infirmiers 22

VIII. Retentissement sur les services 27

IX. Planification de la mise en oeuvre 30

X. Bibliographie choisie 32

© Imprimeur de la Reine pour l'Ontario, 1987

I. Introduction

Le gouvernement de l'Ontario s'étant engagé à favoriser l'indépendance et l'autonomie de tous les Ontariens, le ministère des Services sociaux et communautaires a entrepris de réexaminer en profondeur les services qu'il offre aux personnes mentalement handicapées de la province.

Cette réévaluation effectuée au cours des six derniers mois a tenu compte des avis exprimés par les groupes de bénéficiaires et d'intéressés et a examiné les expériences des programmes en cours. Elle a abouti à une refonte majeure des buts poursuivis à long terme dans ce secteur et à l'élaboration d'une stratégie septennale à court terme, laquelle marquera une étape décisive dans la poursuite de ces buts.

Dans une perspective à long terme, le ministère est convaincu de pouvoir réaliser ce qui suit :

- **mettre en place un système complet de services communautaires grâce auquel toutes les personnes mentalement handicapées bénéficieront du soutien voulu dans leur propre collectivité; et**

- **planifier l'abandon méthodique et progressif du placement en établissement des personnes mentalement handicapées.**

La réalisation des buts à long terme sera favorisée par un train de nouvelles mesures touchant les services et de modifications touchant les programmes, qui **posera les jalons d'une participation totale** pour les personnes mentalement handicapées en Ontario. Pour ce qui est du plan septennal, il établit des stratégies destinées à :

- répondre à la demande de service qui avait été réprimée chez les personnes vivant dans la collectivité, dans des maisons de soins infirmiers et dans des établissements;

- introduire de nouveaux types de programmes pour servir les personnes mentalement handicapées au sein même de la collectivité;

- bâtir et consolider le système des services communautaires en donnant une nouvelle orientation aux services et en redistribuant l'argent.

Ces stratégies, qui sont exposées dans les pages suivantes, implanteront encore mieux un réseau de services qui placera l'Ontario en tête de file pour ce qui est d'appuyer et de servir les personnes mentalement handicapées de la province.

En termes plus précis, les mesures inscrites dans le plan pluriannuel visent à généraliser et à valoriser l'intégration à la société par les moyens suivants :

- renforcer l'aide aux familles qui s'occupent d'enfants mentalement handicapés à la maison;

- mettre l'accent sur l'aide en faveur des dispositions prévoyant une vie autonome pour les adultes;

- réformer le système de l'emploi pour mettre l'accent sur l'intégration de la formation et de l'emploi;

- créer des services de soutien communautaire et des programmes résidentiels à l'intention des personnes ayant des besoins particuliers et nécessitant des soins complexes; et

- offrir la possibilité de vivre dans la collectivité à un bon nombre de pensionnaires logés présentement dans des établissements et des maisons de soins infirmiers.

Pour que ces nouveaux services puissent voir le jour, il est crucial d'élaborer une politique claire et explicite quant au rôle à long terme des établissements. Le système institutionnel n'apparaît pas comme un modèle de service viable pour l'avenir. Le ministère préfère, cependant, agir de manière active et planifiée pour rediriger les ressources institutionnelles, plutôt que d'assister à un déclin coûteux et prolongé dû à une désuétude grandissante.

Ces mesures constituent notre programme de renouvellement. Pour réussir, il est toutefois essentiel que le processus de rajeunissement soit alimenté par la coopération et l'appui constants de tout le personnel du ministère, des groupes de consommateurs et des fournisseurs de service dans un maillage interdépendant des rôles et des responsabilités.

II. Historique

La décennie de croissance : 1975 – 1976 à 1985 – 1986

En 1974, la province d'Ontario a pris un engagement ferme en vue d'offrir des solutions qui permettraient aux personnes mentalement handicapées de vivre dans la société.

Cet engagement annonçait qu'on allait s'écarter du modèle de service traditionnel, celui des soins de santé dispensés en établissement, pour adopter une approche plus attentive, "intégrative", en relation avec la collectivité, grâce à la création de services d'aide aux handicapés mentaux chez eux et dans leur propre localité.

Cette nouvelle philosophie des services venait répondre aux recommandations formulées dans le rapport de M. Walter B. Williston, *Present Arrangements for the Care and Supervision of Mentally Retarded Persons in Ontario* (1971), lequel insistait sur la nécessité :

- d'aider les handicapés mentaux autant que possible dans leur milieu familial, dans la collectivité où ils vivent ou retourneront, et dans les écoles qu'ils fréquentent;

- de permettre aux handicapés mentaux de vivre avec leur famille pendant leurs années de formation et, par la suite, de vivre en société dans leur collectivité.

S'inspirant de ce rapport et de plusieurs autres, le gouvernement de l'Ontario a centré sa nouvelle politique de prestation des services aux handicapés mentaux sur le concept de la vie sociale.

Dans le cours de ce processus, la Loi sur les services aux handicapés mentaux fut promulguée le 1er avril 1974. Cette loi déchargeait le ministère de la Santé de la responsabilité des services aux handicapés mentaux pour la confier au ministère des Services sociaux et communautaires (MSSC). Le MSSC prenait ainsi sous sa responsabilité quelque 8 000 handicapés mentaux installés dans 27 établissements exploités directement par le ministère ou administrés par un conseil d'administration; mais en outre, le ministère était habilité à créer un système de services communautaires pour soutenir les handicapés mentaux chez eux et dans leur collectivité, ayant pour mandat de :

- **désaffecter les grands établissements;**
- **laisser, dans tous les cas possibles, l'enfant mentalement handicapé au sein de sa famille;**
- **créer des programmes de soutien communautaire et des services résidentiels;**
- **développer le plein potentiel de travail chez les adultes mentalement handicapés.**

En 1975, il existait très peu de programmes résidentiels, de soins de jour et d'ateliers offerts en milieu communautaire. On se rendait compte que si les handicapés mentaux devaient rester au sein de leur collectivité, il fallait mettre en place une grande variété de formules de services résidentiels et de soutien répondant à une multiplicité de besoins différents.

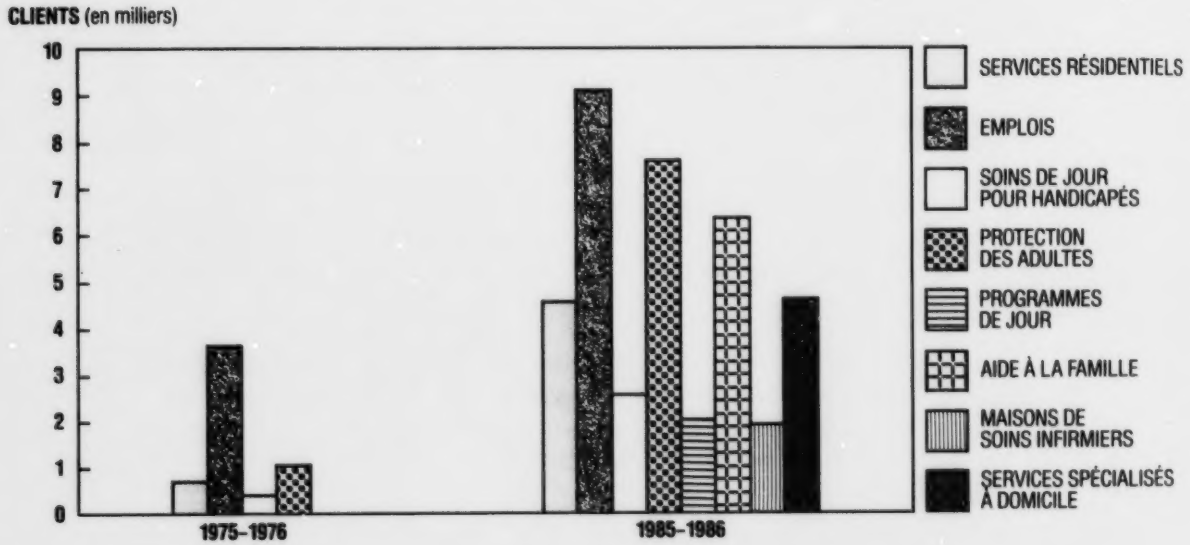
De concert avec les associations de défense des handicapés mentaux et d'autres organismes sans but lucratif, on entreprit de créer un réseau de services communautaires qui aiderait les handicapés mentaux au sein même de leur collectivité.

De 1975-1976 à 1985-1986, il se produisit une croissance phénoménale tant à l'égard du nombre de clients servis dans la collectivité, qu'à l'égard du genre et de la variété des services offerts. Durant cette période, les dépenses pour les services dans la collectivité sont passées de 10 millions à 181 millions de dollars. Cette croissance des services dans la collectivité est illustrée à la page suivante sous forme de graphique.

Le logement était un des nombreux secteurs en expansion. En effet, le nombre de handicapés mentaux desservis dans la collectivité devait passer de quelque 700 à 4 440 pendant ces dix années.

L'introduction de programmes communautaires destinés à aider les handicapés mentaux revêtait une importance particulière, de même que les programmes qui favoriseraient la plus grande autonomie possible chez les intéressés, comme, par exemple, les services de protection des adultes. Grâce à ce programme prévoyant

CROISSANCE DES SERVICES COMMUNAUTAIRES
DE 1975–1976 À 1985–1986



la défense des clients, la gestion des cas et les services de counseling, les handicapés mentaux ont bénéficié de la protection et du soutien qu'exigeait leur condition personnelle.

Des ressources accrues furent greffées aux programmes destinés à aider les familles à s'occuper des handicapés mentaux de leur parenté. La plupart des familles désirent garder leur fils ou leur fille avec elles, mais ont besoin d'aide pour le faire. L'avènement de services tels que les soins de jour pour les handicapés mentaux et le soutien communautaire assurant des services de relève, ou tels que le programme de services particuliers à domicile et les prestations pour enfants handicapés, a marqué un changement majeur dans la prestation de services et la création de programmes.

Les mesures prises dans d'autres ministères provinciaux ont également conduit à établir des programmes réalisant une plus grande intégration et participation et elles ont aidé les familles et les organismes à répondre aux besoins des handicapés mentaux.

Une mesure beaucoup plus percutante pour assurer la future intégration des handicapés mentaux dans la collectivité a pris forme avec l'adoption du projet de loi 82, sous l'égide du ministère de l'Éducation, en 1980.

La loi 82 visait à assurer, pour 1985, des services éducatifs et programmes d'enseignement aux élèves en difficulté qui correspondent à leurs besoins particuliers sans que les parents ou les tuteurs n'aient à débourser quoi que ce soit.

Par l'adoption du projet de loi 82, le gouvernement de l'Ontario reconnaissait que le développement de l'enfant en difficulté est davantage favorisé lorsque le traitement, les services de soutien et l'éducation sont conçus comme des éléments interdépendants agencés par une planification commune.

Avec la création du programme d'appareils et de prothèses en 1980, le ministère de la Santé apportait une aide aux jeunes et à leur famille pour ce qui est de l'achat de certains appareils jugés nécessaires sur le plan médical, comme, par exemple, les appareils acoustiques, les fauteuils roulants, les orthèses et les prothèses.

Ce programme donne aussi la possibilité à beaucoup d'enfants dans les établissements de participer à des programmes favorisant leur développement et à des activités récréatives à l'intérieur et à l'extérieur de l'établissement.

Parallèlement à l'implantation d'un système de services dans la collectivité, le ministère et les organismes ont cherché ensemble à réduire progressivement mais substantiellement l'importance du système institutionnel. À partir de 1975, les organismes communautaires se sont occupés effectivement de placer des pensionnaires d'établissement dans des lieux assurant leur intégration sociale. Dès 1980, le nombre de lits à Huronia (Orillia), au Centre régional du Sud-Ouest (Chatham) et au Centre régional Rideau (Smiths Falls) avait été réduit de 1 500.

Maintes améliorations furent également apportées aux services offerts dans les établissements. Des services de développement mental et des programmes améliorés d'activités récréatives furent mis en place; de même, des rénovations furent entreprises pour aménager les espaces à plus petite échelle et pour en faciliter l'accès tout en permettant d'y vivre avec plus d'intimité.

En 1981, des programmes de développement mental et des services de soutien ont commencé à répondre à certains besoins particuliers qu'éprouvent les handicapés mentaux habitant dans des maisons de soins infirmiers et des foyers de soins spéciaux subventionnés par le ministère de la Santé.

Au début des années 1980, il devint évident qu'il fallait un plan à long terme pour accroître les services. Un réseau communautaire était en place et pouvait offrir divers services pour répondre à des demandes très variées. La société acceptait mieux et comprenait mieux, en général, ce qui concerne les besoins des personnes mentalement handicapées. De plus, les milieux communautaires pouvaient compter sur un plus haut niveau de compétence dans les programmes et les services. Toutes ces considérations ont amené le ministère à juger réalisable la fermeture de certains établissements.

Par conséquent, un plan quinquennal visant à permettre à environ 1 000 pensionnaires d'établissement de réintégrer la collectivité fut dévoilé en 1982. Il était ainsi prévu de fermer six établissements de la catégorie I, nommément :

le Centre régional St. Lawrence (Brockville)
le S.T.A.R.T. Centre (St. Thomas)
Pine Ridge (Aurora)
le Centre Bluewater (Goderich)
D'Arcy Place (Cobourg)
le Centre Durham (Whitby).

C'était la première fois que l'on s'essayait à des fermetures intégrales. Au départ, les parents, les représentants des familles, le personnel des établissements et les collectivités locales voyaient mal quels effets cette nouvelle direction aurait sur le mode de vie des handicapés mentaux concernés.

La première fermeture se fit à Brockville, en juin 1983. Six mois plus tard, le Centre Bluewater à Goderich fermait à son tour. Lors de ces fermetures et des autres qui suivirent, le ministère et les organismes ont collaboré étroitement avec les familles afin de trouver un placement de rechange optimal pour les handicapés mentaux de leur parenté.

Au total, cinq établissements sont maintenant fermés. Étant donné les besoins propres au programme, il a été décidé de réduire la capacité d'hébergement de D'Arcy Place, à Cobourg, à 75 lits. Le Centre régional Oxford (Woodstock) et le Centre régional Rideau (Smiths Falls) ont tous deux réduit de beaucoup le nombre de leurs pensionnaires. Le réseau des établissements des catégories I et II qui desservait plus de 8 000 personnes en 1975 n'en dessert présentement qu'environ 5 200.

Des rapports indépendants réalisés par l'Association pour les handicapés mentaux de l'Ontario et par des sociologues de l'Université de Waterloo ont constaté des changements favorables chez les personnes qui ont été relogées au sein de la collectivité conformément au plan établi. Les handicapés mentaux et leur famille conviennent amplement que l'abandon des grands établissements au profit de solutions de rechange dans la collectivité a permis d'améliorer considérablement la qualité de la vie de tous les intéressés.

La croissance des services communautaires a permis à des milliers de handicapés mentaux de vivre de façon autonome dans la collectivité. Le système qui desservait 4 600 personnes en 1975 fournit maintenant des services, à divers degrés, à environ 25 000 personnes.

Les organismes communautaires se sont montrés capables de fournir des services de qualité aux handicapés mentaux, bien que, selon certaines prévisions, on se soit attendu à ce que la plupart des pensionnaires ne puissent quitter leur établissement pour le reste de leurs jours.

La valeur de ce qui a été accompli ces dernières années témoigne bien de la sagesse de la décision prise en 1974. Les efforts du gouvernement, des organismes communautaires, des handicapés mentaux et de leur famille ont prouvé que tous peuvent oeuvrer ensemble à la réalisation de l'idéal de la pleine participation de tous les handicapés mentaux en Ontario.

III. Examen des répercussions

Les avantages sociaux et humains découlant des nouvelles orientations données aux services en 1974 sont notables. L'expérience que les organismes ont acquise à servir une génération de handicapés mentaux dans la collectivité persuadera quiconque des multiples possibilités de créer de nouveaux services qui pourront encourager et entretenir l'intégration et la participation à un degré que l'on n'aurait jamais cru possible auparavant.

Avant que le plan quinquennal n'arrive à terme, le ministère des Services sociaux et communautaires a entrepris une étude complète des besoins manifestes du système en place afin de s'en inspirer pour établir une stratégie qui tracera la direction à suivre pour l'avenir.

Ce faisant, les buts et les objectifs des services aux personnes mentalement handicapées ont été réexaminés. On a examiné dans quelle mesure les programmes existants ont atteint leurs objectifs et on a pris connaissance des analyses, des observations et des avis que les groupes de consommateurs et les groupes intéressés ont exprimés ces dernières années. En fait, l'avis du consommateur et du fournisseur de service a fortement influé sur le choix des orientations pour l'avenir.

On estime à 78 000 le nombre de personnes mentalement handicapées en Ontario qui pourraient nécessiter une formation quelconque ou une aide à un

moment donné au cours de leur vie. Comme la demande en services fluctue tout au cours d'une vie, le nombre réel des usagers des services à tel moment donné se situerait plutôt autour de 44 000.

À l'heure actuelle, le système de prestation en usage dispense des services, à des degrés variables, à quelque 33 000 personnes (un nombre estimé à 8 000 dans les établissements et les maisons de soins infirmiers et un nombre estimé à 25 000 dans la collectivité).

Avec la croissance accélérée et la diversification des services communautaires, il est apparu évident que les établissements, en tant qu'instruments d'internement de longue durée, commencent à paraître inutiles et que les ressources qu'ils drainent pourraient être déployées plus efficacement. Les soins institutionnels ne semblent plus offrir un service viable pour l'avenir; de plus en plus, la préférence et la demande va aux services communautaires, au logement dans des foyers et à des mesures d'aide de subsistance. Cela se manifeste dans les tendances actuelles en matière de service, comme celles-ci :

- les maintes formes d'aide à la famille et le développement du logement communautaire ont pratiquement éliminé la nécessité de placer des enfants dans des établissements de la catégorie I;

- après avoir pris soin de leur enfant jusqu'à ce qu'il devienne adulte, les parents n'aiment pas l'idée d'envoyer leur fils ou leur fille dans un grand établissement pour adultes;

- les fournisseurs de services constatent que les personnes mentalement handicapées sont mieux acceptées et mieux aidées au sein de la collectivité. Cela est particulièrement manifeste dans les lieux de travail, où les conseillers et les spécialistes en placement ont observé plus de bonne volonté à placer et à intégrer des handicapés mentaux dans une grande variété d'emplois concurrentiels.

Ces tendances signalent l'opportunité de réorienter les programmes communautaires afin de profiter de l'opinion publique favorable et de gagner en souplesse et en innovation. La redéfinition des directions à prendre pour les services communautaires a également été provoquée par les développements suivants :

A) Accroissement des compétences chez les handicapés mentaux

Les handicapés mentaux ont fait des progrès au plan de leurs compétences, ainsi qu'en fait foi l'évolution observée durant ces dix dernières années :

- les perfectionnements technologiques ont permis aux personnes mentalement handicapées d'acquérir de nouvelles compétences grâce à des techniques d'enseignement améliorées et à l'usage d'appareils en rapport avec le travail. La généralisation de nouveaux moyens techniques a simplifié bon nombre de tâches domestiques et professionnelles qui faisaient autrefois obstacle à l'autonomie dans la vie personnelle et professionnelle;

- le raffinement des programmes d'enseignement offerts par les écoles pour handicapés mentaux moyens a eu comme résultat de rehausser les niveaux d'apprentissage;

- la création d'une gamme de programmes pour enfants a permis d'intervenir plus tôt et de dispenser un enseignement fonctionnel pendant les années de formation de l'enfant;

- les programmes de jour destinés à des groupes nombreux d'adultes mentalement handicapés vivant avec leur famille ont permis à plusieurs d'entre eux d'acquérir les capacités voulues pour passer à un régime plus libre que dans les foyers de groupe habituels;

- certains handicapés mentaux vivant dans des foyers de groupe ont acquis la compétence nécessaire pour vivre dans des lieux d'habitation moins structurés et sous un moindre régime d'aide.

B) Tendances socio-démographiques

L'évolution des tendances socio-démographiques a une incidence sur les services exigés par les consommateurs présents et futurs. Parmi ces tendances, mentionnons notamment :

- une durée de vie plus longue chez les handicapés mentaux (par exemple, les enfants réchappés grâce aux techniques néo-natales et aux interventions chirurgicales);

- le vieillissement des parents des enfants issus de l'explosion démographique (les parents vieillissants peuvent trouver de plus en plus difficile de s'occuper, sans aide aucune, d'adultes mentalement handicapés vivant à la maison);

- le vieillissement des handicapés mentaux, qui suit des tendances parallèles à celles du reste de la population;

- les familles monoparentales devant assumer l'entière responsabilité des soins et de la surveillance d'enfants mentalement handicapés;

- le désir de la part des familles de garder leurs enfants handicapés mentalement dans le giron familial.

L'analyse de ces tendances et de cette évolution révèle :

- une forte réticence à placer quelqu'un dans un établissement, réticence qui va s'accroissant;

- une demande plus accentuée pour des services individuels et adaptables à l'intention du déficient et de sa famille;

- une demande décroissante pour des locaux réservés aux personnes handicapées, tant pour l'activité professionnelle que pour l'hébergement;

- un besoin croissant pour des services de loisirs et des solutions de rechange aux programmes d'emploi pour les personnes qui aimeraient davantage d'activités récréatives;

- une plus grande attention à la compétence des gestionnaires et à l'infrastructure des services pour se diriger de plus en plus vers des services personnalisés.

IV. Préparer l'avenir

Si l'on veut définir les orientations à donner à l'avenir, il est essentiel de savoir où l'on veut aller et ce que l'on veut réaliser. Cela a amené le ministère à anticiper sur la fin du siècle et à poser les questions suivantes :

"Quel serait le système idéal pour dispenser les services?"

"Quels services voulons-nous mettre en place pour mieux répondre aux besoins des handicapés mentaux?"

"Que devrions-nous faire en vue de promouvoir et d'encourager une plus grande participation et intégration des handicapés mentaux dans le courant général des activités humaines?"

"Quels sont les bons côtés de notre système actuel et comment pouvons-nous continuer à en tirer le meilleur parti?"

"Comment pouvons-nous traduire les attentes du consommateur en services réels?"

Les opinions et les avis d'un grand nombre de personnes et d'organisations ont contribué à remodeler substantiellement le secteur des services selon un nouvel objectif à long terme et à élaborer une stratégie septennale pour préparer à court terme un terrain propice à la promotion et à la réalisation de cet objectif.

À long terme, le ministère estime pouvoir atteindre les objectifs de service suivants :

- **Instaurer un système complet de services communautaires grâce auquel tous les handicapés mentaux auront la possibilité :**

  – de vivre avec leur famille;

  – de vivre de façon autonome dans des situations assorties de services de soutien et dans des foyers de groupe;

  – de bénéficier d'une gamme complète de soutiens afin de pouvoir continuer à vivre sous le même régime.

- **Réaliser le plan visant à abandonner progressivement les soins institutionnels pour les handicapés mentaux.**

Les orientations proposées dans le plan pluriannuel de services permettront de poursuivre les progrès accomplis depuis dix ans, mais feront aussi de l'Ontario un chef de file pour l'établissement de programmes audacieux et innovateurs.

Afin de disposer du cadre philosophique qui donnera forme à nos futurs programmes et au développement des services aux handicapés mentaux, un nouvel ensemble de principes concernant les services a été composé pour éclairer les décisions et planifier les activités.

Principes gouvernant les services

i) Favoriser l'autonomie

Les personnes mentalement handicapées doivent :

- avoir la possibilité de vivre avec leur famille dans leur collectivité locale tant et aussi longtemps que cela sera approprié;
- pouvoir compter localement sur une variété de services de soutien offerts en établissement et autrement;
- avoir accès à des services de soutien/de développement sans nécessairement vivre en établissement ou relever des autorités veillant au bien-être de l'enfance;
- pouvoir bénéficier de services appropriés à leur âge et à leur handicap;
- avoir accès à des programmes qui offrent le maximum d'autonomie possible;
- disposer d'un choix de programmes aussi large que le permettent les compétences individuelles et les ressources;
- avoir des services qui encouragent une plus grande autonomie et qui évitent d'encadrer à l'excès par des programmes.

ii) Protéger

Les personnes mentalement handicapées doivent avoir :

- des programmes dûment supervisés et dotés du personnel approprié;
- accès à des représentants, à des tuteurs et à des mécanismes d'appel pour qu'elles puissent exprimer et faire valoir leurs préoccupations;
- des programmes de prévention primaire et secondaire pour atténuer les manifestations et les effets des handicaps mentaux.

iii) Personnaliser les services

Les personnes mentalement handicapées doivent pouvoir s'attendre à :

- des services taillés à leurs mesures individuelles;

- des plans établissant un programme personnalisé, lorsque cela convient;
- des services souples et "portables".

iv) Veiller à la qualité des programmes

Les programmes pour les personnes mentalement handicapées doivent être :

- exploités selon une gestion de cas efficace et conforme aux besoins;
- administrés efficacement sur le plan organisationnel;
- organisés et rationalisés quant aux échanges entre organismes selon une structure compréhensible et bien coordonnée;
- souples quant à l'abandon progressif des programmes désuets et quant à l'introduction de nouveaux modèles, le cas échéant.

En traçant la direction à prendre pour les sept prochaines années, le ministère a examiné et formulé des stratégies pour déterminer :

- comment offrir les services distinctifs qui répondent le mieux aux demandes des handicapés mentaux vivant dans la collectivité, dans des maisons de soins infirmiers et dans des établissements;
- quels nouveaux services et rajustements de programmes doivent être mis en oeuvre pour relever le défi de servir dans la collectivité une clientèle dont les besoins se situent à des degrés variés;
- quels soutiens administratifs et quelles structures sont nécessaires pour jeter les bases organisationnelles d'un système communautaire total.

V. Objectifs stratégiques du plan septennal

À partir de ces principes, le ministère créera, au cours des sept prochaines années :

- **un large éventail de services pour quelque huit à neuf mille handicapés mentaux vivant dans la collectivité, services résidentiels, services d'appoint à la vie quotidienne, d'emploi, de programmes de jour et de soutien;**
- **d'autres formes d'intégration à la société pour un minimum de mille personnes qui vivent présentement dans de grands établissements; et**
- **d'autres formes d'intégration à la société pour mille personnes qui vivent présentement dans des maisons de soins infirmiers.**

Dans un même temps, le ministère se rend compte qu'il faudra prendre des mesures pour préserver l'intégrité des services institutionnels jusqu'à ce qu'un système global soit implanté dans la collectivité. Pour ce faire, il faut :

- continuer d'offrir des programmes et des soins directs à des niveaux adéquats; et

- engager certaines dépenses d'immobilisations pour éviter la dégradation des locaux et garantir la sûreté des lieux pour les pensionnaires.

VI. Orientations nouvelles pour les services

Le développement des services communautaires au cours des sept prochaines années amènera de nouvelles formes de service et des modifications aux programmes qui nous feront accomplir un autre pas vers l'intégration totale des personnes mentalement handicapées.

En ce qui concerne les services, les besoins des handicapés mentaux sont en train de changer, suite surtout à l'efficacité des services établis dans la collectivité durant cette dernière décennie. Des handicapés mentaux plus autonomes et compétents qu'autrefois peuvent profiter de services offrant plus de souplesse et d'activités planifiées en fonction de l'individu. Les nouveaux services destinés à répondre à ces besoins ont en commun les caractéristiques suivantes :

- **la "portabilité"** (services qui ne sont pas rattachés à un lieu en particulier);

- **la différenciation** (pour fournir une plus grande part de choix aux handicapés mentaux);

- **l'intégration** (pour permettre aux handicapés mentaux de recevoir des services dans le contexte commun à la société et non dans des contextes distincts).

Cette tâche sera accomplie en fournissant des soutiens sur un éventail plus large de lieux d'habitation et de cadres de travail moins structurés. Les fournisseurs de services seront en mesure de répondre à des besoins particuliers chez les handicapés mentaux avec davantage de sensibilité et de souplesse.

A) Programme d'aide à la vie autonome et programme foyer-famille

De nouveaux programmes et des programmes modifiés d'**aide à la vie autonome** sont en préparation. En élargissant l'éventail des programmes aidant les handicapés mentaux à mener leur vie quotidienne, les organismes seront capables d'offrir au consommateur le genre de service qui correspond le mieux à ses besoins individuels et à ses aptitudes à chaque étape de sa vie.

Avec le **programme d'aide à la vie autonome** (PAVA), les handicapés mentaux mènent une vie autonome dans la collectivité, habituellement dans des appartements. La clientèle type de ce programme se rend, le jour, à son travail ou à son programme de formation. Un auxiliaire peut cependant passer à l'appartement du client pour l'aider le matin, avant le travail, le soir ou la fin de semaine. Le rapport moyen entre le nombre de clients et d'auxiliaires est de un à huit, de sorte que les clients peuvent être supervisés chaque jour, au besoin.

La clientèle du PAVA s'occupe de ses besoins de base, comme le logement et la nourriture, mais elle reçoit l'aide d'auxiliaires pour les emplettes, les opérations bancaires, la gestion domestique, les rapports locataire-propriétaire et toute autre chose lui permettant de vivre avec la plus grande autonomie possible.

Bien que le PAVA ait été conçu à l'origine pour une clientèle de 200 à 300 personnes, il a dépassé de beaucoup les attentes initiales et dessert maintenant plus de 1 000 personnes. Par ailleurs, le programme offre un grand potentiel pour servir les personnes plus gravement handicapées, même s'il était destiné au départ aux handicapés mentaux les plus autonomes.

Il est proposé de servir les personnes qui ont besoin d'un haut niveau de supervision sur place, et cela grâce à un nouveau programme plus étoffé qui permette une vie relativement autonome. Ce programme assurera une solution de rechange aux personnes actuellement sur les listes d'attente des foyers de groupe, ou rendra possible le mouvement de la clientèle déjà installée dans des foyers de groupe mais qui pourrait passer à un régime moins structuré et à une plus grande autonomie.

Les programmes d'aide à la vie autonome sont avantageux sur le plan des services et sur le plan économique :

- **Portabilité :** Le service est arrangé pour le client selon son choix de logement, ouvrant ainsi aux familles et aux organismes un plus grand champ d'action pour créer des services en appartements, dans des maisons en ville et des maisons familiales.
- **Souplesse :** Les fournisseurs de services peuvent varier le degré de soutien selon l'évolution des besoins du client.

Un deuxième modèle d'aide à la vie autonome, le **programme foyer-famille**, a été mis en oeuvre en 1983.

Foyer-famille était destiné aux handicapés mentaux qui préféraient vivre sous supervision dans un cadre familial. Ces handicapés peuvent être jugés capables de vivre dans la collectivité mais ont besoin d'être supervisés, guidés et dirigés dans certains aspects de leur vie quotidienne, ou peuvent avoir besoin de certains soins particuliers ou d'une formation particulière se dispensant plus facilement dans une maisonnée stable, attentive et encourageante.

Ce programme aussi a dépassé les premières prévisions en ce qu'il a pu être appliqué à des adultes atteints de handicaps plus compliqués. Sans avoir progressé au même rythme que le PAVA, il est néanmoins offert par un nombre croissant d'organismes qui veulent l'amplifier.

Le ministère veillera à augmenter les allocations quotidiennes de Foyer-famille afin d'aider les organismes à parfaire ce genre de service et de permettre à des programmes de rechange mis en oeuvre par le ministère ou subventionnés par le gouvernement de passer à cette formule de financement.

B) Programmes d'emploi

Ces cinq dernières années, l'apparition d'emplois possibles pour les handicapés mentaux et de nouveaux modèles de formation conçus pour leur permettre de prendre un emploi et de le garder ont rallié un appui enthousiaste chez beaucoup de professionnels et de personnes handicapées.

Dans un même temps, les usagers tout comme les professionnels se sont déclarés insatisfaits du système traditionnel des ateliers protégés.

Cette insatisfaction est attribuable à plusieurs sujets de préoccupation :

- le peu d'importance accordée à la formation en vue d'un travail en milieu concurrentiel, ce qui entraîne une prolongation improductive du placement dans un contexte protégé;
- la ségrégation des milieux;
- les méthodes périmées de production en atelier et de commercialisation;
- l'absence d'une politique salariale équitable et objective.

Les fournisseurs de services ont reconnu les limites des programmes des ateliers. Par conséquent, beaucoup d'entre eux ont imaginé d'eux-mêmes des modèles inédits plus efficaces, ces dernières années. Ce faisant, ils ont fait ressortir qu'il est possible d'offrir des solutions de rechange satisfaisantes en matière de travail, à l'intention des handicapés mentaux.

Le ministère se propose de miser sur les expériences fructueuses menées ici, en Ontario, et ailleurs, et d'adapter un train de mesures en étroite corrélation. Celles-ci sont destinées à engendrer une gamme d'initiatives et de possibilités qui rendront possibles des emplois propices à une plus grande intégration. Ces mesures relatives à l'emploi font partie d'un ensemble de stratégies appelé **Projet Possibilités**.

En élaborant le Projet Possibilités, le ministère des Services sociaux et communautaires a collaboré avec une grande variété de consommateurs et d'organismes à une étude approfondie de la formation professionnelle et de l'emploi protégé dans le but de remanier le présent système d'ateliers protégés. Cette étude a nécessité des échanges de vues importants avec des consommateurs, des fournisseurs de services, des particuliers et d'autres ministères du gouvernement et elle a examiné :

- les méthodes de formation;
- les solutions de rechange à l'emploi en milieu concurrentiel;

- la politique salariale;
- les effets de la technologie;
- les rapports entre le travail protégé et l'entreprise privée;
- l'équilibre souhaitable entre le service social et la question de l'emploi.

Sur la base de cette étude, des propositions ont été examinées de concert avec le ministère du Travail en vue de moderniser et de rationaliser la formation professionnelle et le réseau d'emplois protégés.

Le Projet Possibilités a pour but général de **maximiser les possibilités d'emploi à l'intention des personnes désavantagées en raison de handicaps mentaux.** Les personnes handicapées bénéficieront d'une gamme étendue de services de soutien et d'aide grâce à un système qui :

- **assure un maximum de choix personnels et de souplesse;**
- **offre un accès égal au développement des compétences pertinentes, à la formation et à l'emploi;**
- **favorise l'intégration à l'échelle de l'individu et du système;**
- **est approprié à l'âge et au besoin;**
- **veille à ce que les personnes handicapées, les professionnels et les employeurs soient des associés à part entière quant au développement et à l'orientation des programmes;**
- **assure que les programmes sont rationalisés dans un cadre compréhensible et bien agencé;**
- **offre aux personnes handicapées le maximum de chances pour se diriger elles-mêmes;**
- **comporte une politique salariale objective et équitable.**

i) Formation à l'emploi

Les programmes conçus pour aider les handicapés mentaux à obtenir et à conserver un emploi concurrentiel seront clairement distingués des programmes conçus comme solution de rechange à l'emploi concurrentiel. Pour effectuer cette réorientation du programme, de nouvelles structures de financement et de programme, ou **unités de formation à l'emploi**, seront mises en place.

Dans certains cas, les unités de formation à l'emploi seront établies dans les organismes existants et, dans d'autres cas, elles le seront dans des organismes nouveaux. Les unités de formation à l'emploi seront des programmes parrainés

par l'organisme et assortis d'un mandat clairement défini pour évaluer, former et placer les clients dans des emplois et pour fournir les soutiens transitoires nécessaires à la réussite du placement dans un emploi.

La formation concernera de plus près les lieux réels de travail et stimulera considérablement la capacité de placement.

Les unités de formation à l'emploi aideront aussi les handicapés mentaux à se prévaloir des services d'emploi généraux et réuniront les ressources voulues pour aider les clients à obtenir et garder des emplois concurrentiels.

Les unités de formation à l'emploi ne seront pas tenues de produire des revenus comme l'exigeait autrefois le système des ateliers.

ii) Assistance au travail

Pour les personnes incapables, à brève échéance, d'entrer en concurrence sur le marché du travail, un nouveau **programme d'assistance au travail** fournira aux clients placés dans des contextes ségrégatifs des possibilités de placement individuel et collectif dans le secteur privé, mais avec supervision sur place par l'organisme et avec des interventions de soutien, comme le travail dirigé et le recyclage.

Ce modèle de service est maintenant répandu en Ontario; il donne aux handicapés mentaux, même à ceux qui ont un handicap très marqué, l'opportunité de joindre les rangs de leurs compagnons non handicapés dans des contextes d'affaires intégratifs.

iii) Entreprises affirmatives

Ces dernières années, beaucoup d'organisations et de participants au réseau d'emploi protégé ont avancé des propositions innovatrices en vue de créer à l'échelon local des emplois pour les handicapés mentaux quasi intégrés au marché concurrentiel. Ces propositions ont souvent fait appel à des contextes de travail intégratifs susceptibles d'être auto-suffisants, moyennant les investissements et l'aide appropriés.

Ces initiatives forment un réservoir intéressant d'orientations nouvelles, lesquelles seront encouragées et soutenues par un dispositif souple de financement provincial afin de stimuler la création d'entreprises conjointes avec le monde des affaires.

Dans le cadre des mesures septennales, le ministère veillera à promouvoir et à aider le développement d'une grande variété d'entreprises affirmatives.

iv) Politique salariale

La province s'est engagée à redéfinir la politique salariale. Des solutions de rechange ont été formulées et examinées avec le ministère du Travail, les groupes de consommateurs et les fournisseurs de services. Bien qu'elle puisse être encore

l'objet de consultations, la politique salariale suivra les lignes de pensée suivantes :

- promouvoir l'intégration;
- établir des critères de mesure équitables et objectifs;
- reconnaître le délicat équilibre entre l'assistance sociale et les programmes fondés sur l'emploi;
- garantir que tous les handicapés mentaux occupant un emploi intégral sur le marché concurrentiel reçoivent au moins le salaire minimum.

v) Programmes de jour à vocation autre que professionnelle

Les essais d'apprentissage fonctionnel et de développement pour adultes menés en Ontario et ailleurs ont produit une abondance d'information sur les programmes de jour à orientation non professionnelle; ces programmes pourraient élargir les choix personnels s'offrant aux handicapés mentaux et multiplier les différentes combinaisons d'activités diurnes.

Cherchant en particulier à accéder aux demandes des handicapés mentaux d'âge plus avancé, le ministère des Services sociaux et communautaires (MSSC) veut assurer une gamme étendue de programmes n'ayant pas rapport au travail à l'intention des personnes souhaitant un plus grand choix d'activités de loisirs.

En plus d'accroître et de différencier les programmes actuels d'apprentissage fonctionnel et de développement des adultes et d'encourager l'apprentissage fonctionnel en dehors des lieux destinés à cette fin, le MSSC appuiera :

- l'implantation de programmes d'activités créatives pour répondre aux besoins en loisirs des handicapés mentaux;
- la participation et le leadership du ministère du Tourisme et des Loisirs et des organismes s'occupant des loisirs et des activités récréatives, en vue de créer des programmes pertinents;
- les possibilités de placement volontaire à temps partiel dans des entreprises et programmes de loisirs locaux.

C) Services d'aide à la famille pour seconder les parents et les familles

Depuis 1974, un large éventail de programmes d'aide communautaire et un ensemble de programmes pour besoins particuliers ont été mis en place, y compris la relève des parents, la stimulation de l'enfant, l'amélioration du comportement, l'initiation à la vie en société et la gestion des dossiers des handicapés vivant en société.

Ces services ont été accueillis favorablement par les familles s'occupant de personnes mentalement handicapées à la maison. De fait, ils ont apporté le

renfort et l'aide voulus aux familles, si bien que les enfants mentalement handicapés ne sont plus confiés aux grands établissements.

Le programme des services spéciaux à domicile compte parmi les programmes les plus innovateurs et les plus fructueux qui aient été implantés ces dernières années. Pour ce programme, le ministère achète à forfait des services spécialisés groupés pour des enfants qui seraient autrement placés dans un milieu institutionnel ou logés selon une autre formule.

Les fournisseurs de services, les organismes et les groupes d'appui en faveur des clients, comme les associations locales pour les handicapés mentaux, se sont prononcés massivement en faveur d'un modèle de service plus souple, conçu en fonction de la clientèle; ils se sont déclarés disposés à assumer une grande part de responsabilité pour leurs clients, ainsi qu'en faveur de la prestation de services tels que la coordination des cas, l'évaluation professionnelle, la planification de programmes personnalisés, l'amélioration du comportement, la consultation et les services de relève.

Aussi, le MSSC propose d'accroître le financement qu'il accorde à ce chapitre pour consolider le système d'aide à la famille en ce qui concerne :

- **les programmes d'aide communautaire** (par exemple, les services de relève, la stimulation de l'enfant, l'amélioration du comportement);

- **les besoins particuliers des enfants** (services d'apprentissage fonctionnel pour permettre aux enfants de vivre avec leur famille);

- **les besoins particuliers des adultes** (création d'un nouveau programme pour permettre aux adultes de continuer à vivre avec leur famille).

Que ces services soient dispensés en vertu d'un contrat individuel ou d'un programme d'aide communautaire plus structuré relevant d'un organisme, ils rendront les organismes plus aptes à élaborer un service personnalisé pour les handicapés mentaux et à aider les familles à s'occuper d'eux à la maison et dans la collectivité.

D) Programmes résidentiels et aide à la vie quotidienne pour les enfants et les jeunes adultes nécessitant des soins assidus

Des dispositions seront prises pour offrir les services nécessaires aux groupes ayant des besoins particuliers.

Bien que les services communautaires aient été développés jusqu'à ce jour par ajouts successifs, le système de services communautaires n'a pas encore produit des ressources suffisantes pour offrir les services voulus :

- aux personnes handicapées mentalement mais aussi sur le plan psychiatrique, et auxquelles il faut dispenser des services en vertu du système de santé et du système d'aide sociale;

- aux enfants et aux adultes polyhandicapés dont la santé est précaire.

La majorité des foyers de groupe d'obédience communautaire servent des handicapés mentaux nécessitant des services peu ou modérément exigeants.

Il y a cependant une véritable pénurie de lieux d'accueil collectifs pour les jeunes polyhandicapés qui nécessitent des soins complexes. De fait, ce n'est que depuis peu d'années que le système communautaire a commencé à acquérir les compétences pour répondre à ce type de besoins.

Si l'on veut arriver à servir tous les handicapés mentaux dans un contexte communautaire, il faut s'attacher dès maintenant à créer des services résidentiels au sein de la collectivité, lesquels remplaceront les établissements et les maisons de soins infirmiers.

Une part substantielle du financement des services résidentiels sera donc consacrée à offrir des lieux d'habitation aux personnes polyhandicapées pour qu'elles y vivent sous des régimes communautaires variés, avec services d'aide à la vie quotidienne.

Les difficultés surgissant du fait de servir ces bénéficiaires dans la collectivité constituent un défi passionnant; il y a amplement lieu de recourir non seulement au modèle du foyer de groupe, mais encore au modèle de services résidentiels centralisés, aux services de soutien à la vie quotidienne et aux familles d'accueil.

À l'avenir, il est envisagé que le service en foyer de groupe accordera la priorité aux personnes nécessitant des soins de grande complexité ou une supervision jour et nuit sur place. À la longue, les clients jugés plus aptes seront relogés dans un contexte d'aide à la vie quotidienne, lequel sera personnalisé pour offrir le soutien ou la supervision répondant à leurs besoins.

VII. Mesures intéressant les établissements et les maisons de soins infirmiers

Au cours des sept années à venir, des sommes considérables seront allouées pour que des services soient dispensés aux quelque huit à neuf mille handicapés mentaux qui vivent déjà dans la collectivité. Ce financement permettra d'élargir et d'étoffer le réseau des services communautaires et empêchera dorénavant de placer des clients dans les grands établissements voués à une désaffectation progressive.

L'élargissement du système communautaire sera néanmoins accéléré à la faveur des stratégies de désaffectation progressive des établissements prévues pour les sept prochaines années.

A) Les établissements

i) Désaffectation progressive des établissements

À la fin de l'exercice 1986-1987, il y aura 14 établissements à exploitation directe, de la catégorie I, et 10 établissements gérés par un conseil d'administration, de la catégorie II, au service de 5 200 personnes, estime-t-on.

L'avenir du système institutionnel est un déterminant crucial pour le développement de services à brève et à longue échéance, en ce qui concerne l'affectation des ressources durant les sept prochaines années.

La vie en établissement n'offre pas un modèle de service viable pour l'avenir. Plusieurs raisons viennent étayer ce point de vue :

- le rassemblement de centaines de personnes dans des lieux imposants et isolés est généralement *infructueux* pour ce qui est de préparer les clients à vivre en société;

- cela *n'incite pas la famille à s'intéresser* à la personne mentalement handicapée (par exemple, comme certains établissements desservent de vastes territoires, l'éloignement géographique entraîne des dépenses de temps et d'argent trop onéreuses pour la famille);

- l'expérience montre que les ressources affectées au système institutionnel pourraient être déployées de *manière plus efficace par rapport aux dépenses engagées*.

Par ailleurs, même si les soins institutionnels étaient viables, de nombreux établissements devraient être reconstruits et relocalisés en raison de leur éloignement et de la dégradation des installations.

Le ministère préfère de beaucoup agir avec prévoyance et planifier la réaffectation des ressources institutionnelles en collaboration avec les administrateurs et les employés des établissements existants, plutôt qu'assister à un long et coûteux déclin.

En proposant ce à quoi il s'engage pour désaffecter de manière planifiée les établissements de soins aux handicapés mentaux, le ministère établira plusieurs stratégies novatrices pour atteindre ce but.

Jusqu'ici, la désaffectation et la fermeture d'un établissement étaient accomplies en opérant seulement un transfert d'argent visant à donner plus d'ampleur aux programmes implantés par des organismes. Même si la création de services par des organismes communautaires constitue une stratégie idéale, il reste deux grandes lacunes à combler dans l'état actuel des choses.

Les organismes communautaires sont pressés de répondre à des listes d'attente locales et peuvent, de ce fait, être moins portés à accorder la priorité aux pensionnaires des établissements. En outre, certains organismes ont moins d'expérience et connaissent mal le genre de programmation intensive nécessaire

pour les personnes ayant passé une grande part de leur vie dans des établissements.

Quoiqu'il soit prévu que la désaffectation et la fermeture des établissements soient fortement tributaires d'une création de services sur l'initiative des organismes communautaires, de nouvelles stratégies sont en cours d'élaboration pour accélérer l'amenuisement du système institutionnel. Ces actions reposent notamment sur **la dérivation et la diversification**.

La dérivation est un processus qui suppose la création, au sein de la collectivité, de conseils d'administration ayant pour mandat de mettre sur pied des services communautaires à l'intention de tous les pensionnaires d'un établissement ou d'une partie d'entre eux, en employant les ressources humaines et financières de l'établissement.

La diversification consiste, pour les administrateurs et les employés d'un établissement, à créer directement les services communautaires nécessaires à ses pensionnaires. Cette stratégie assure aux employés de l'établissement une participation continue et responsable pour ce qui est d'offrir des services en dehors de l'établissement.

La diversification n'est pas une fin en soi; le ministère considère les stratégies de diversification comme des moyens passagers pour hâter l'intégration sociale des pensionnaires des établissements. Le but visé à long terme consiste à faire en sorte que la collectivité locale assume en permanence la responsabilité de dispenser les services.

Les stratégies de dérivation et de diversification offrent plusieurs grands avantages :

- la mobilisation directe des ressources institutionnelles pour promouvoir l'intégration à la société;

- la décentralisation des ressources au profit des régions rurales dans la province, afin de répondre aux besoins locaux, mais non au point où une collectivité donnée arrive à saturation;

- l'accès ininterrompu au savoir et à l'expérience du personnel des établissements existants.

Autrefois, les employés des établissements étaient souvent contraints de passer d'un établissement à l'autre pour garder leur emploi. Avec les formules dites de dérivation et de diversification, ils auront de meilleures chances de s'insérer dans le milieu communautaire sans cesser de travailler auprès des handicapés mentaux.

Dans le cadre de la planification, des plans particuliers seront dressés pour chaque établissement dans la province. Ces plans seront amalgamés dans un plan général dûment coordonné afin de diriger le processus de réduction.

Aucun établissement n'a encore complètement défini sa stratégie particulière, mais on connaît déjà les grandes lignes de conduite que l'établissement doit respecter dans son plan. Il s'agit, entre autres,

- d'adhérer aux buts et aux principes du plan pluriannuel;
- d'installer 1 000 pensionnaires des établissements dans des contextes communautaires;
- de pouvoir recourir à toutes les stratégies, et notamment la dérivation et la diversification;
- de réduire sensiblement le nombre de lits dans les plus grands établissements;
- de délaisser au minimum 1 400 lits au cours des sept années à venir (400 par voie d'attrition).

La création d'un système entièrement communautaire s'inscrit dans un but à long terme; elle ne peut pas être accomplie dans les sept prochaines années. Aussi, il est indispensable de se pencher sur les questions concernant les services aux pensionnaires qui resteront dans les établissements.

ii) Dotation des établissements en personnel

Le ministère a conscience qu'il lui incombe d'offrir des soins de qualité aux pensionnaires qui resteront encore un temps dans les établissements. Pour assurer leur bien-être, il faudra financer l'augmentation du nombre d'employés affectés aux soins directs.

Il est indispensable d'accroître le personnel si l'on veut dispenser les services en établissement conformément aux normes établies, de même que pour planifier le passage vers la collectivité et y préparer les pensionnaires, surtout pour ce qui est de coordonner les différentes étapes du déplacement. Cela suppose notamment ce qui suit :

- définir les principes régissant le placement, pour qu'il soit tenu compte des aspirations du pensionnaire et de la consultation avec les parents;
- établir le profil des pensionnaires afin de faciliter le choix correspondant à leurs besoins;
- veiller à ce que le dossier de chaque pensionnaire soit placé sous la responsabilité d'une personne et à ce qu'une procédure de suivi soit mise en place;
- préparer les pensionnaires à leur départ et à leur intégration dans la collectivité et, dans le cas de certains clients, les accompagner au nouvel emplacement afin de faciliter leur adaptation.

iii) Immobilisations pour les établissements de catégories I et II

Les capitaux d'investissement destinés au secteur institutionnel seront employés à des travaux de rénovation pour veiller à ce que les normes concernant la santé et la sécurité des pensionnaires vivant encore dans les établissements soient respectées jusqu'au moment où tous les clients seront relogés dans la collectivité.

B) Les maisons de soins infirmiers

Plus de 3 000 enfants et adultes mentalement handicapés habitent dans des maisons de soins infirmiers en raison de l'absence de services de rechange. Ces enfants et adultes ont besoin de programmes d'adaptation et, en bien des cas, le genre de services offerts dans les maisons de soins infirmiers est inadéquat.

Ces dernières années, des mesures ont été prises pour diminuer sensiblement le nombre d'admissions dans les maisons de soins infirmiers. En 1974, par exemple, environ 20 pour 100 des pensionnaires ayant quitté les grands établissements sont allés dans les maisons de soins infirmiers. La multiplication des solutions de rechange dans la collectivité et les changements de politique ont réduit les admissions à un petit nombre de cas isolés.

Bien qu'il soit reconnu depuis bon nombre d'années que beaucoup de pensionnaires des maisons de soins infirmiers nécessitent des services correctifs pour handicapés mentaux au lieu de soins infirmiers, les ressources manquent pour s'attaquer à ce problème. Le ministère se propose de subventionner les solutions en faveur de l'intégration communautaire de 1 000 handicapés mentaux venant des maisons de soins infirmiers.

Les pensionnaires quittant les maisons de soins infirmiers bénéficieront d'une variété de programmes de soutien, notamment des services résidentiels avec soins spécialisés, des programmes de jour, de même qu'un apprentissage fonctionnel et une formation corrective du comportement.

Le ministre des Services sociaux et communautaires a annoncé que le gouvernement a l'intention de reloger en l'espace d'un an tous les enfants hébergés dans des maisons de soins infirmiers.

En coopération avec les fonctionnaires du ministère de la Santé, le personnel du MSSC a établi un plan prévoyant le transfert, dans les sept années fixées, de 1 000 handicapés mentaux logés dans des maisons de soins infirmiers pour les replacer dans des contextes communautaires de rechange.

Un accord de principe intervenu entre le ministère de la Santé et celui des Services sociaux et communautaires fixe l'ordre prioritaire suivant pour le transfert :

- les enfants et les jeunes adultes;
- les personnes logées dans des immeubles nécessitant des réparations.

Le MSSC ne prendra possession d'aucune installation matérielle servant de maison de soins infirmiers; plutôt, il relogera les handicapés mentaux dans des services de rechange mis sur pied par des organismes dans la collectivité. Les services fournis aux handicapés mentaux correspondront aux moyens de financement mis en oeuvre pour les programmes existants du MSSC.

Des modifications seront apportées aux textes législatifs afin de veiller à ce que les enfants ne soient plus admis dans les maisons de soins infirmiers. Une évaluation des services sera effectuée pour chaque adulte mentalement handicapé qui demande à être admis dans une maison de soins infirmiers, afin de déterminer si le MSSC offre d'autres programmes plus appropriés.

Il est proposé de recourir à un mode de financement tri-ministériel, déjà en usage, pour offrir des programmes aux personnes qui ne sont pas délogées des maisons de soins infirmiers, aux clients bénéficiant d'un programme résidentiel de soins spéciaux et, à titre provisoire, aux personnes qui attendent dans les maisons de soins infirmiers une meilleure préparation à la vie en société.

VIII. Retentissement sur les services

Le MSSC reconnaît que, sans aide, les organismes auront bien du mal à répondre aux exigences que le développement des services communautaires leur imposera à brève et à longue échéance.

Les mesures explicitées dans le plan pluriannuel font appel à "une nouvelle façon de faire des affaires". Aussi, les organismes seront appelés à seconder résolument le ministère en ce qui a trait à la modification des lois et des programmes actuels pour compléter les prévisions pluriannuelles relatives aux services.

A) Infrastructure de gestion des organismes

Comme le développement du système communautaire met l'accent sur les programmes personnalisés et l'aide à la famille, il faudra porter plus d'attention aux infrastructures de gestion qui étayent les programmes communautaires. Pour développer tout programme, il faudra tenir compte :

- de l'inexpérience en gestion de certains fournisseurs de services;
- de l'absence d'équité salariale;
- des perfectionnements technologiques nécessaires pour contrôler efficacement les coûts et rendre des comptes.

Parmi les mesures que le ministère est en train d'examiner et qui aideraient les organismes à assumer une plus grande part dans la prestation des services, mentionnons celles qui consistent à :

- doter les organismes plus importants d'un personnel clinique qui puisse guider et conseiller les travailleurs de première ligne;

- redéployer les professionnels des grands établissements vers les services locaux;

- améliorer les fonctions de gestion et de contrôle financier dans les organismes par l'utilisation de technologies modernes;

- relever le plancher salarial du personnel des soins directs et des professionnels;

- dispenser des conseils et des services de consultation afin de favoriser une meilleure organisation au sein des organismes.

B) Rôle de l'organisme et des groupes de consommateurs à l'égard de la planification et de la prestation des services

Au ministère, nous avons délibéré longuement quant à savoir où nos efforts devraient mener. Nous nous tournons maintenant vers les fournisseurs de services et les groupes de consommateurs pour leur demander de faire de même : prendre un peu de recul et réfléchir à nouveau aux orientations possibles pour les services, de sorte que le développement des services progresse vers nos objectifs communs, c'est-à-dire une plus grande intégration des personnes mentalement handicapées dans le courant général des activités.

Le développement des services communautaires pour les sept prochaines années ne sera pas la simple continuation de ce qui a été fait, la répétition des mêmes choses. Il ne suffira pas de simplement livrer aux clients tel foyer de groupe et tel atelier de travail. Les fonctionnaires du ministère et les organismes devront travailler ensemble et faire preuve d'ingéniosité pour rendre des services qui feront appel à la coopération des collectivités, à tous les échelons.

Le ministère reconnaît jouer un rôle de poids en matière de financement, pour ce qui est de répondre aux besoins des personnes mentalement handicapées. Cependant, si l'on veut réaliser un système complet de services communautaires, tout le monde a la responsabilité d'offrir aux personnes mentalement handicapées la possibilité d'être utiles à la société.

Le système communautaire destiné aux personnes mentalement handicapées ne pourra être réalisé que si le personnel du ministère et les organismes locaux saisissent la nécessité d'utiliser efficacement les ressources communautaires. Cela suppose qu'il faudra peut-être mettre en question et réexaminer certaines idées reçues en matière de programmation et de placement.

Comme il a été noté ci-dessus, le foyer de groupe ne sera pas considéré comme un lieu de séjour prolongé, mais plutôt comme un lieu de transition où les personnes mentalement handicapées peuvent acquérir les compétences nécessaires pour vivre de façon plus autonome. Les clients que l'on estime aptes à recevoir d'autres formes d'aide à la vie autonome ne seront pas considérés admissibles à un foyer de groupe.

Si des ressources spécialisées sont indispensables pour servir des groupes nécessitant des soins complexes, elles seront réservées à leur intention. Si tel client devait ne plus nécessiter des soins aussi intenses, une autre formule de services sera créée pour suivre l'évolution de ses besoins.

Par conséquent, une grande part de la consultation et du dialogue entre le ministère, l'établissement et l'organisme consistera à déterminer conjointement comment réussir le mieux possible à :

- renforcer la compétence des organismes à gérer les questions relatives aux ressources, la planification des services et le renouvellement des programmes afin de respecter le plan pluriannuel et les objectifs à long terme;

- planifier en déterminant quelles ressources sont nécessaires *à long terme* pour servir effectivement les personnes mentalement handicapées dans n'importe quelle région et fournir les ressources d'infrastructure appropriées;

- faciliter la répartition équitable des ressources afin d'assurer l'accès aux services;

- veiller à ce que les personnes mentalement handicapées puissent faire connaître leurs préoccupations et à ce qu'elles soient prises en considération;

- faire en sorte que soient établis des moyens appropriés pour aider à répondre aux besoins des clients francophones.

La poursuite des objectifs stratégiques du plan pluriannuel suppose beaucoup de travail en vue d'élaborer des politiques et des programmes. Le ministère compte sur les idées et les avis des organisations de consommateurs, des organismes et de son personnel pour découvrir quelle est la meilleure façon de développer de nouveaux programmes pour atteindre les objectifs à long terme.

En résumé, ces objectifs sont les suivants :

Maximiser les possibilités d'emploi pour les personnes désavantagées en raison d'un handicap mental, en :

- plaçant les personnes mentalement handicapées dans des situations de concurrence;

- créant des possibilités de formation en cours d'emploi avec une aide appropriée;

- créant et mettant en oeuvre des moyens d'aider la personne au travail;

- précisant et encourageant les mesures positives dans l'entreprise;

- mettant en oeuvre une politique salariale équitable et objective.

Créer un programme visant à dispenser une aide personnalisée aux adultes et aux enfants chez eux, en :

- rationalisant le programme des besoins particuliers et les prestations pour enfants handicapés;
- créant un programme pour offrir les services nécessaires aux adultes mentalement handicapés.

Instaurer des services souples et des moyens de financement correspondant aux besoins individuels de chaque client, en :

- définissant les modèles de gestion de cas;
- créant des modèles de foyer familial enrichi et des modèles d'aide à la vie autonome.

Concevoir et mettre en oeuvre des modèles pour la prestation de services aux personnes ayant des besoins particuliers (par exemple, double diagnostic, santé précaire, enfants et adultes polyhandicapés), en :

- élaborant des modèles de lieux d'hébergement et d'aide à la vie quotidienne, en tenant compte du personnel et de l'aide nécessaires pour garder les personnes ayant des besoins particuliers au sein de la collectivité.

Créer et mettre en oeuvre des stratégies de prévention primaire et secondaire pour réduire le nombre de cas de déficience mentale et en atténuer les conséquences, en :

- menant des campagnes de sensibilisation du public;
- effectuant des recherches.

Réaliser le rôle intérimaire et à long terme des services institutionnels, en :

- réduisant le nombre d'établissements;
- examinant et perfectionnant le modèle de service fonctionnant comme centre de ressources.

IX. Planification de la mise en oeuvre

En raison du champ qu'elles embrassent, ces initiatives exigent une solide gestion centrale, régionale et locale à mesure que des services communautaires sont créés dans la collectivité, les maisons de soins infirmiers et les établissements pour répondre aux besoins des personnes mentalement handicapées.

La principale tâche à accomplir consiste à créer un système de services cohérent, grâce à un ensemble de plans généraux à l'échelle locale, assortis de stratégies

pour dépeupler les grands établissements ou réaffecter leurs ressources, pour libérer les maisons de soins infirmiers et développer des services dans la collectivité, en tenant compte des besoins de tous les intéressés.

Le ministère a constitué un comité directeur central pour assurer le leadership et la coordination des mesures s'étendant sur plusieurs années.

Des équipes de planification et de mise en oeuvre régionales seront formées dans chacune des quatre régions administratives du ministère afin d'évaluer quels services sont requis en priorité et de coordonner la planification locale.

De concert avec les bureaux régionaux du MSSC, ces équipes se réuniront avec les associations locales pour les handicapés mentaux, les autres fournisseurs de services, le personnel des établissements, les groupes de défense, les parents et les clients intéressés, afin de définir les grandes lignes du plan et les mesures pluriannuelles s'y rapportant et d'établir une structure pour poursuivre la planification.

Il faudra mettre en place les dispositifs voulus pour tenir des discussions visant à définir les priorités en matière de services et les améliorations à apporter à la gestion, et pour instaurer un dialogue permanent qui activera les échanges sur les politiques et les programmes à créer.

Le ministère se propose de lancer l'Association pour les déficients mentaux de l'Ontario dans un exercice de planification pour déterminer un ordre de priorité qui gouvernera la planification des services au cours des sept prochaines années.

Le ministère de la Santé et le ministère des Services sociaux et communautaires tiendront aussi des discussions avec l'Ontario Nursing Home Association au sujet des principes dont les deux ministères auront convenu relativement au transfert des pensionnaires, et pour expliquer comment on envisage de mettre en oeuvre cette opération touchant les maisons de soins infirmiers. Des réunions seront prévues avec les exploitants individuels concernés pour examiner le processus dans ses détails et l'échéancier de mise en oeuvre.

Toutes les parties intéressées auront l'occasion de prendre part à la planification de la mise en oeuvre. L'opinion avisée des organismes, des groupes de clients, des familles et du personnel des établissements sera essentielle à la réalisation de nos objectifs.

Depuis 14 ans, les personnes mentalement handicapées, les fournisseurs de services et les gouvernements collaborent pour établir un système de services communautaires qui soit un objet de fierté pour tous les intéressés. L'élaboration de cette plate-forme de services a procuré à tous une grande satisfaction et, chose peut-être plus valable, a permis de découvrir ce qui est possible.

Nous sommes maintenant prêts à tirer parti de cette expérience pour réaliser l'intégration communautaire au-delà de ce que peu d'entre nous n'avaient pu imaginer il y a seulement dix ans. Alors que nous entrons dans la dernière phase de ce siècle, nous nous apprêtons à relever un défi qui ne consiste pas simplement à perpétuer les modèles et les services existants. Au contraire, notre

défi consiste à reculer les frontières qui enserrent le concept d'intégration communautaire et à les repousser au-delà de ce que nous avions cru possible, c'est-à-dire jusqu'à l'intégration complète des personnes mentalement handicapées dans la société.

C'est avec enthousiasme que la province d'Ontario envisage de collaborer avec tous ceux et celles qui participent à ce segment vital du secteur des services, car il s'agit de faire face aux défis et aux possibilités que l'avenir réserve.

X. Bibliographie choisie

Ces dernières années, le MSSC a bénéficié d'un apport d'idées fort précieux lors des réunions avec les organismes responsables de services et les groupes de consommateurs. De plus, les observations et les opinions des familles des personnes mentalement handicapées ont grandement aidé le ministère à élaborer cette nouvelle orientation à donner aux services.

Association ontarienne pour les déficients mentaux. *Pine Ridge: A Follow-up Study*. Toronto, 1985.

Association ontarienne pour les déficients mentaux. *Priorities for Persons in Ontario with Mental Retardation*: A Submission to the Honourable Robert Elgie. Toronto, 1985.

Association ontarienne pour les déficients mentaux. *Gaps in Services to Adults with Mental Retardation in Ontario: A Survey of Adult Protective Service Workers*. Toronto, 1985.

Association ontarienne pour les déficients mentaux. *Positions on Social Issues Affecting People who are Intellectually Handicapped*. Toronto, 1986.

Burt Perrin Associates. *Trends and Innovations Regarding Employment for People with Handicaps*. Toronto, 1986.

Commission ontarienne de la main-d'oeuvre. *Labour Market: Outlook for Ontario 1984-88*.Toronto, 1984.

Conseil régional de santé du district d'Ottawa-Carleton. *Rapport final sur les besoins en matière de logement et de soins de soutien des personnes gravement handicapées physiques d'Ottawa-Carleton âgées de 0 à 64 ans*. Ottawa, 1984.

Hospital for Sick Children. *Report of the Committee Investigating Services for Children with Chronic Health Problems Living in their own Homes*. Toronto, 1986.

Ministère des Services sociaux et communautaires de l'Ontario. *Community Residential Services for Developmentally Handicapped People: Program Development Series, Volume IV*. Toronto, 1983.

Ministère des Services sociaux et communautaires de l'Ontario. *Applied Program Technology for Developmentally Handicapped Adults*. Toronto, 1985.

Ministère des Services sociaux et communautaires de l'Ontario. *Evaluation of the Five Year Plan for Closure of Mental Retardation Facilities*: Southwest Region. London, 1985.

Ministère du Travail de l'Ontario. *What it Takes: Planning an Employment Equity Program for People with Disabilities*. Toronto, 1986.

Ontario Rehabilitation Workshop Council. *Payout Policies and Practices in Rehabilitation*. Toronto, 1986.

Sibson and Company. *Review of Business Development Support Services for Sheltered Workshops in Ontario*. Toronto, 1986.

Touche Ross and Partners. *A Review of Homes for Special Care Program for the Mental Health Division, Ontario Ministry of Health*. Toronto, 1984.

Williston, W. B. *Present Arrangements for the Care and Supervision of Mentally Retarded Persons in Ontario*. Toronto, 1971.